Rok XLVI. Kraków, dnia 27. kwietnia 1907. Nr 17.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych szpitala św. Łazarza w Krakowie.

O leczeniu wiewióra ostrego u mężczyzn.

Podał
Dr Eugeniusz Borzęcki
prymaryusz oddziału.

(Ciąg dalszy.)

Idąc kolejno dalej, stwierdzić nam wypada, że liczba chorych, którzy w okresie śluzowej wydzieliny wiewiórowej zasięgają porady lekarskiej, jest znikająco mała w porównaniu z tymi, u których znajdziemy wydzielinę ropną, a ze strony błony śluzowej cewki przedmiotowe i podmiotowe objawy silnego zapalenia; dodajmy, że sprawa zajmuje tylko odcinek przedni cewki. Jaką drogę obrać w leczeniu? Jeżeli co do przypadków, o jakich wyżej była wzmianka, nie trudno o zgodność w zapatrywaniach, to w tej grupie zdania są dosyć podzielone.

Nim damy odpowiedź, postaramy się wprzód rozwiązać pytania:

1) Czy wiewiór błony śluzowej cewki jest we wszystkich okresach cierpieniem tylko powierzchownem, zajmującem warstwy nabłonka?

2) Czy środki lecznicze, jakich używamy do wstrzykiwań, posiadają zdolność wnikania dosyć głęboko w utkanie błony śluzowej?

Jakkolwiek w zasadzie uważać należy wiewióra za sprawę, ograniczającą się tylko do błony śluzowej, to nie do wyjątków zaliczymy przypadki, w których przekracza tę granicę i wiedzie, jak zgodnie wynika z badań Bumma, Wertheima, Fingera, Jadassohna, Crippy (26) i t. d. do zajęcia narządu gruczołowego i tkanki łącznej podśluzowej. Wyraz tego głębokiego wniknięcia dwoinek w tkankę podśluzową odnajdujemy w przebiegu wiewióra ostrego pod postacią obrzęku błony śluzowej przy ujściu cewki, w naciekach okołocewkowych, domieszce krwi do wydzieliny z cewki i t. d. Pojawienie się wydzieliny ropnej z cewki dowodzi, że dwoinki przedostały się między komórkami nabłonka w głąb tkanki łącznej podnabłonkowej; rozwijając tu na naczynia włosowate swoje działanie sero- i leukotaktyczne. Finger przypisuje temu działaniu korzystny wpływ, poniekąd samoleczniczy, na sprawę wiewióra.

»Jeżeli na przebieg wiewióra przez szkodliwe czynniki nie wywrzemy ujemnego wpływu, to działanie sero- i leukotaktyczne dwoinek wiewiórowych wystarcza do wyleczenia sprawy chorobowej; jeśli jednak ten prawidłowy przebieg zostaje przerwany, pozostają dwoinki zbyt długo w błonie śluzowej, wtedy tracą one przez przystosowanie i przyzwyczajenie swoją jadowitość, t. j. swoją zdolność działania leuko- i serotaktycznego, eliminacya ich staje się utrudnioną, powstają warunki do przejścia sprawy w stan przewlekły«.

Nasuwa się pytanie, czy używane do leczenia miejscowego środki, przedewszystkiem z grupy połączeń azotanu srebra, nie są w myśl wywodów Fingera właśnie tym ujemnie działającym i wyżej wymienione działanie dwoinek porażającym czynnikiem, czyli stawiając to pytanie w odmiennej formie, czy są one zdolne wniknąć między warstwami nabłonka dosyć głęboko w błonę śluzową, jej narząd gruczołowy, aby w zetknięciu się bezpośredniem z bakteryami zniszczyć je? Azotan srebra, wprowadzony do leczenia wiewióra przez Neissera, nie posiada tej własności, gdyż tworząc w zetknięciu się z wydzieliną błon śluzowych białkany srebra, przez to samo zamyka sobie drogę do głębszego wnikania. Aby temu zaradzić, starano się stworzyć takie połączenia azotanu srebra, któreby ani w zetknięciu z białkiem, ani z solą, nie tworzyły strątów, uniemożliwiających głębsze działanie. Tym warunkom czynią zadość połączenia azotanu srebra z zasadami organicznemi i tak powstały: argonina, argentamina, protargol, largina, albargina i t. d. O działaniu i wartości leczniczej tych środków ogłoszono prac dosyć i tak: Jadassohn (27 o argoninie, Neisser (28) i Finger (29) o protargolu, Pezzoli (30) o larginie, Plato (31) o protargolu, dalej Schäffler (32), Toth (33), Blaschko (34), Meyer (35), Pick (39) i wielu innych.

Jako zalety tych środków podnoszą ci autorowie zgodnie:

1) silne działanie przeciwgnilne,
2) zdolność wnikania w głąb tkanki,
3) nieznaczny stopień zadrażnienia błony śluzowej.

O prawdziwości własności, wymienionych pod 1) i 3), poucza i przekonywa nas dostatecznie codzienne spostrzeżenie kliniczne. Czy jednak środki te naprawdę posiadają zdolność przechodzenia w głąb tkanki? Zdolność tę wnikania starali się doświadczalnie udowodnić i wypróbować Schäffer (37) co do argoniny na kawałkach wątroby, Meyer (38) na żywej spojówce i również wątrobie, Pezzoli (39) co do larginy i porównawczo co do azotanu srebra. Z badań tych wynika, że tak argentamina, jak argonina i largina dostają się głębiej w tkanki, niż azotan srebrowy. Czy sprawa ta odbywa się tak samo w tkance żywej, nie wiemy.

W tej mierze daje nam poniekąd wyjaśnienie spostrzeżenie kliniczne. I tak znaną jest rzeczą, że po przepłu-

kaniu cewki, zajętej sprawą wiewiórową, choćby w okresie ostrym, rozczynem azotanu srebra 1:2000, dwoinki wiewiórowe znikają na krótki przeciąg czasu (pół dnia); to samo osiąga się przy pomocy systematycznie robionych wstrzykiwań odpowiedniego rozczynu jednego z połączeń tego środka. Jeżeli w ciągu stosowania wstrzykiwań badamy wydzielinę z ujścia cewki, to już po 2—3 dniach od ich rozpoczęcia nie znajdziemy dwoinek wiewiórowych, to jednak nie znaczy, że zostały one doszczętnie usunięte. Zetknięcie się użytego płynu z powierzchnią błony śluzowej i z wierzchniemi warstwami przybłonka usunęło je z tych miejsc czasowo, stwarzając niekorzystne warunki dla ich istnienia. Ale to wynik tylko pozorny; dość zaprzestać wstrzykiwań na jeden dzień, ażeby w wydzielinie teraz badanej, stwierdzić na nowo obecność dwoinek Neissera. Im jednak dłużej systematycznie trwać będzie to pogorszenie warunków dla rozwoju bakteryi, tem większe prawdopodobieństwo, że może się udać usunięcie ich zupełne.

Spostrzeżenie kliniczne potwierdza to w zupełności, — nie bez licznych wyjątków, o ile leczenie podobne zastosujemy w przypadkach wiewióra rozpoczynającego się, — gdzie więc wydzielina jest śluzowo-ropna, lub po ustąpieniu objawów ostrych w przypadkach wiewióra podostrego. W tej kategoryi wiewiórów leczenie zapomocą wstrzykiwań, robionych systematycznie bez przerwy, przez 3—4 tygodni jednem z połączeń azotanu srebra, wiedzie w znakomitej większości przypadków do ich wyleczenia. Czy w ciągu tak obranego planu leczenia kłaść będziemy większy nacisk na to, by robiono w duchu Neissera wstrzykiwania »przedłużone« (prolongirte), czy więcej podkreślimy częstość wstrzykiwań, jest rzeczą osobistego zapatrywania i doświadczenia.

Mnie osobiście zdawałoby się, że częstość wstrzykiwań stanowi ważniejszy czynnik. Nawiasowo wspomnieć należy, że strzykawka powinna mieć pojemność 12—15 gramów, a uwaga Unny, że wstrzykiwania powinny być robione nawet w ciągu nocy (o ile to możebne), jest zupełnie słuszna i usprawiedliwiona.

Z kolei stajemy przy tej grupie przypadków, kiedy, wiewiór, zajmując tylko odcinek przedni, jest w okresie swego nasilenia, a więc spotkamy wypływ ropny obfity, ból przy ucisku w okolicy rowka zażołędnego, chory zaś skarży się na bole przy oddawaniu moczu, wzwodzie prącia; cały zbiór przypadów, odpowiadających silnemu stanowi zapalnemu. To ten najczęstszy obraz, z jakim się chorzy zgłaszają, a lekarz, im doświadczeńszy, tem większe w każdym takim przypadku napotka trudności w wyborze metody i planu leczenia. Może ten ustęp wyda się paradoksalnym, a jednak, mnie przynajmniej, nasuwają się zawsze te same wahania w podobnych przypadkach, — jaką drogę obrać?

O zastosowaniu leczenia poronnego w tym okresie, czy to metodą Didaya, czy Janeta, myśleć nie można. Pozostaje nam dwojaka droga: albo leczenie systematyczne przy pomocy wstrzykiwań odpowiednim środkiem, albo czekanie, przy leczeniu zachowawczem, dyetetycznem, do chwili, kiedy okres ostry minie i przejście z tą chwilą do leczenia miejscowego. Jeżeli obraliśmy pierwszą drogę i uda nam się usunąć wiewióra, zyskaliśmy wiele na czasie leczenia z jednej strony, na uchronieniu chorego od wszelkich powikłań (poczynając od przejścia sprawy na odcinek tylny) z drugiej strony. Jeżeli jednak wynik będzie ujemny, co — zaznaczmy już tutaj — częstszem bywa, to straciliśmy 3—4 tygodnie, wypełnione leczeniem miejscowem na to, aby po przerwie 2—3-dniowej być tam, gdzie byliśmy przed 4 tygodniami.

Wiemy, że dwoinki wiewiórowe w okresie ostrym zajmują coraz głębsze warstwy błony śluzowej, dążąc do zajęcia jej zatok i gruczołów. Finger, Ghon i Schlagenhaufer stwierdzili to badaniami histologicznemi. Klinicznie nie można stwierdzić tej sprawy w każdym przypadku, z wyjątkiem tych, w których rozwija się naciek zapalny odosobnionych gruczołów (niby-ropnie Jadassohna). Müller stwierdził to powikłanie na 215 przypadków w 22·8$^0/_0$ Zajęcie gruczołów Littrégo jest bardzo częste; według Pezzoliego nastaje ono prawie w każdym przypadku; podobnie twierdzi Crippa. Jeżeli uwzględni się, że według Henlego długość zatok Morgagniego wynosi od 8—12 mm., gruczoły zaś Littrégo o krętym na kształt korkociągu przewodzie biegną skośnie nierzadko aż do ciała gąbczastego cewki, to nie trudno zrozumieć, że doprowadzenie do ich światła płynów i to w okresie ostrym wiewióra jest wielce nieprawdopodobne. Badań histologicznych brak w tym kierunku z przyczyn łatwo zrozumiałych, a wyniki badań, jakie Calderone (40) przeprowadził w 4 przypadkach, przeszczepiając wiewióra na 20 godzin przed śmiercią, nie dają miary wobec krótkości czasu. Tak więc pozostaje nam spostrzeżenie kliniczne z głównem uwzględnieniem wyników leczenia. Stojąc sam, jako uczeń Neissera, na jego stanowisku leczenia możebnie miejscowego, musiałem przecież z czasem, oparty na własnem skromnem doświadczeniu, ścieśnić poniekąd wskazania dla tegoż co do rzeżączki w okresie ostrym. Przez długi czas polecałem w przypadkach, o jakich mowa, wstrzykiwania z początku rozczynów azotanu srebra (jak długo nie było połączeń jego z zasadami organicznemi), które chory wykonywał 5—6 razy dnia przez 3—4 tygodni. W ciągu czasu leczenia wynik badania mikroskopowego wydzieliny z cewki, prawie zawsze ujemny, uprawniał do dobrego horoskopu. Po tym czasie polecałem zaprzestać wstrzykiwań i poddawałem chorych obserwacyi. Wynik ujemny nie dał na siebie długo czekać; w 3—4 dniu od ostatniego wstrzyknięcia pojawiała się z cewki wydzielina, zrazu skąpa śluzowa, w drugim dniu już ropna z dużą ilością dwoinek wiewiórowych, krótko mówiąc obraz wiewióra ostrego, takiego samego, jak przed rozpoczęciem leczenia. Trudno przyszłoby mi podać dokładne dane statystyczne; błąd nie będzie jednak wielki, jeżeli przyjmę 60—70$^0/_0$ wyników ujemnych; odsetek nie bardzo zachęcający. Pozostałe w utkaniu błony śluzowej dwoinki wiewiórowe nie straciły nic na swej jadowitości; środki miejscowo stosowane były w pojęciu wywodów Fingera tym szkodliwym czynnikiem, porażającym zdolności leuko- i serotaktyczne dwoinek, nie zmieniając w niczem na korzyść stosunku ich do błony śluzowej. Ujemne te wyniki mają przyczynę w tem, że użyte do wstrzykiwań płyny nie dostają się dość głęboko w tkankę, poszczególnie w liczne gruczoły błony śluzowej, które w dalszym ciągu pozostają siedliskami dwoinek wiewiórowych. Z tej samej przyczyny próby leczenia wiewióra zapomocą płynów o wysokiej ciepłocie 40^0 z dodatkiem złego przewodnictwa cie-

pła tkanki żywej, na wielkiej liczbie przypadków podjęte przez Jundela i Ahmama (41), dały bez wyjątku wynik ujemny. Nielepsze wyniki daje metoda Janeta leczenia poronnego, co zaznacza sam autor metody, za nim Möller, a równie i ja przyłączam się w zupełności do ich zdania. (Dok. nast.)

W sprawie amputacyi kostnowytwórczej sposobem Sabaniejewa.

Podał dr Z. Radliński (Warszawa).

Nawiązując do twierdzenia, spotkanego w referacie z pracy L. Chevriera o operacyi Sabaniejewa, jakoby była ona dotychczas wypróbowana wyłącznie na zwłokach, podałem do pisma, ów referat zawierającego (Centrbl. für Chir. 1907 Nr 7 i 13) opis następującego własnego mojego przypadku (w piśmiennictwie jest prócz tego kilkanaście). Chłopak wiejski, około 20-letni, został jesienią r. 1900 porwany przez skrzydło wiatraka i rzucony o ziemię; na nodze lewej wskutek tego powstało podskórne złamanie nadkłykciowe uda lewego (tuż po nad kłykciami — *epiphysiolysis?*) z przemieszczeniem zupełnem kłykciów ku tyłowi i oderwanie zupełne stopy wraz z dolną połową goleni. Do szpitala (Kiryłowskiego w Kijowie) zgłosił się chory w 6 tygodni po uszkodzeniu. Na miejscu złamania staw rzekomy; przemieszczenie odłamków nieusuwalnie ustalone, kończyna sztywna, wyprostowana w kolanie, obrzękła; brudna ziarnina na kikucie goleni, z którego sterczały obie złamane kości — oto obraz, który nasunął mi myśl wykonania zabiegu sposobem Sabaniejewa, co też bez większych trudności technicznych wykonałem. Od typowej operacyi musiałem nieznacznie odstąpić, gdyż zachodziła konieczność przepiłowania uda cokolwiek wyżej (tuż ponad złamaniem) i użycia grubszej części piszczeli ($^1/_2$ grubości) do plastyki. Po zupełnie dobrym przebiegu pooperacyjnym chory opuścił szpital z kikutem dobrze sformowanym, przystosowanym do najprostszego szczudła.

Jedyny zarzut, jaki tej operacyi uczynić mogę, jest nie jej techniczna zawiłość, lecz rzadkość takich stosunków chorobowych, któreby, przy ścisłem określaniu wskazań i odpowiedniem wyzyskaniu części zdrowych, mogły uczynić odpowiednią tę właśnie operacyę. Właściwie bowiem współzawodniczy ona nie z zabiegiem Grittiego, lecz z wysoką amputacyą goleni, z którą jednak, wobec jej prostoty, nie powinnaby współzawodniczyć bez poważnych powodów.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Prof. Hoffa. **W sprawie przewlekłego gośćca stawowego i zniekształtniającego zapalenia stawów.** (*Deutsch. med. Wochs.* 1907, Nr 14). Autor oddziela zupełnie te dwa cierpienia od siebie. Zapalenie zniekształtniające rozpoczyna się zwolna, niepostrzeżenie, zajmuje zwykle duże stawy i nie wiedzie do zupełnego zesztywnienia stawu. Przy cierpieniu tem spotykamy z jednej strony zanik chrząstki i kości, a z drugiej ich bujanie. Inaczej przy przewlekłym gośćcu. Tu choroba postępuje stale, zajmuje głównie małe stawy palców, wywołuje wielkie zniszczenie i zanik kości, zaczynając się pierwotnie w częściach miękkich stawu, gdy zapalenie zniekształtniające zaczyna się w częściach kostnych. Gościec przewlekły wywołuje w końcu zupełne zesztywnienie i ustalenie stawu. Gościec przewlekły może mieć przyczynę zakaźną, lub też nie zakaźną. Zapalenie zniekształtniające jest cierpieniem niezakaźnem. Leczenie przewlekłych postaci jest jedynie zachowawcze; kąpiele błotne, gorące powietrze, przekrwienie bierne, a przedewszystkiem odpowiednie opatrunki ustalające. *Klęsk.*

Wollenberg. **Anatomiczno-patologiczne przyczynki do nauki o przewlekłym gośćcu stawowym i zniekształtniającem zapaleniu stawów.** (*Deutsch. med. Wochs.* 1907, Nr 14). W. podziela w zupełności zdanie Hoffy w tej sprawie, a to na podstawie swych badań anatomiczno-patologicznych. Zniekształtniające zapalenie usadawia się pierwotnie w kości i chrząstce, a dopiero następowo wywołuje zmiany błony maziowej. Gościec przewlekły zaczyna się przeciwnie głównie w błonie maziowej, wywołując tworzenie się kosmków, naczyń i tkanki łącznej. W okresach późniejszych spotykamy często zupełne zarośnięcie wnętrza stawu. *Klęsk.*

Preiser. **Łokieć „tennisowy“.** (*Zentr. f. Chir.* Nr 3, 1907). U 2-ch mężczyzn, uprawiających systematycznie przez dłuższy czas grę w lawn-tennisa, spostrzegał P. swoiste cierpienie stawu łokciowego, objawiające się bolami w stawie, wzmagającymi się stopniowo zwłaszcza przy największem zgięciu i prostowaniu ręki w tym stawie; natomiast ruchy pośrednie są niebolesne. Przedmiotowo można wykazać mierny wysięk i bolesność dotykową w stawie w okolicy główki kości promieniowej. Wbrew zdaniu Clado i Bähra, uważających za przyczynę tego cierpienia, jużto zapalenie okostnej, jużto naderwanie m. nawracającego krótkiego (*supinator brevis*), udowadnia P., że polega ono na przewlekłem zapaleniu tej części torebki stawowej, wywołanem wskutek ciągłego napinania jej przez głównie przy tenisie używane mięśnie. Do tej części torebki przyczepiają się włókna, z jednej strony m. nawracającego krótkiego, z drugiej m. wewnętrznego ramienia, działających w kierunku wprost sobie przeciwnym. Działanie równoczesne tych mięśni występuje właśnie bardzo wybitnie w chwili, gdy grający musi odbić piłkę padającą blizko ziemi, lub w wysokości jego nóg, przyczem ręką wykonuje silną supinacyę i zgięcie. Podobne cierpienie spostrzegał P. u pewnego kowala, który także w tej samej pozycyi musiał kuć żelazo przez dłuższy czas. *Kasprzyk.*

Flörcken. **Złamanie szyjki kości sprychowej.** (*Zts. f. Chir. T. 85, Z. 2*). Złamanie w tem miejscu należy do rzadkości; opisano dotąd tylko 23 przypadki z rozpoznaniem pewnem, z tych 14 razy złamanie odosobnione, zresztą powikłane przez inne złamania w sąsiedztwie. Złamanie może powstać bezpośrednio lub pośrednio; w powstawaniu bezpośredniem istotnem jest to, że część główki i szyjki k. sprychowej, znajdująca się między m. łokciowym (*anconaeus*) i grupą prostowników nie jest dostatecznie zasłonięta, szczególniej u ludzi chudych. Rozpoznanie złamania w obrębie górnej przysadki k. sprychowej nie sprawia trudności, jeżeli się uwzględni wszystkie objawy; ale rozstrzygnąć, czy złamana jest główka, czy szyjka, można tylko zapomocą promieni Röntgena. W leczeniu ważne jest wczesne miesienie, ruchy czynne i bierne. *B. Żmigród* (Rymanów).

Hoffa. **Leczenie gruźliczego zapalenia stawu biodrowego.** (*Deutsch. med. Wochs.* 1907, Nr 10—11). W wieku dziecięcym leczenie zapalenia stawu biodrowego powinno być zachowawcze, a dopiero po 20. roku życia doszczętne. Ropienie pogarsza znacznie rokowanie, zwłaszcza przy przetokach i zakażeniu mieszanem. Ropnie należy o ile możności leczyć podskórnie, a nie przecinać. Pojedyncze ogniska kostne należy bezzwłocznie usunąć. Chorobowe zwichnięcie stawu nie jest wskazaniem do wycięcia stawu, bo zwykle właśnie wtedy sprawa ma dążność do gojenia się. Należy zatem zostawić w spokoju zwichnięcie, a dopiero po wyleczeniu wykonać podkrętarzowe przecięcie kości. Przy sprawie daleko posuniętej należy od początku zrezygnować z ruchomości stawu, a dążyć do ustalenia w odwiedzeniu (abdukcyi) i wyprostowaniu. Skrócenia kończyny nieraz niepodobna uniknąć. Prócz miejscowego leczenia stosować należy ogólne, jak odżywianie, pobyt nad morzem lub w lesie, ogólne wcierania szarego mydła itp. W ostatnich czasach stosuje autor podskórnie lub przez odbytnicę, przeciwgruźliczą surowicę Marmorka. Miejscowo leczy się gruźlicę stawu biodrowego ustaleniem stawu i wyciąganiem. Osiągnąć to najlepiej można w odpowiednich przyrządach do chodzenia, a nawet w zwykłym opatrunku gipsowym. Opatrunek taki powinien przylegać ściśle, opierać się na guzie kulszowym i utrzymywać kończynę w odwiedzeniu (abdukcyi). Leczyć należy w przyrządach tak długo, aż zniknie zupełnie bolesność przy badaniu. Trwa to czasem i kilka lat. Potem daje się opatrunek tylko do kostek, w trzy miesiące później opatrunek, dozwalający na ruchy w kolanie, potem opatrunek z gipsu lub celluloidu tylko do kolana i przystępuje się do leczenia kąpielami słonemi. Zaniku mięśni przy leczeniu przyrządami nie należy się obawiać. Ropnie trzeba czasem 10—12 razy nakłuwać, nim się je wyleczy. Przetoki należy o ile możności jaknajmniej skrobać. Leczenie zachowawcze daje zawsze o wiele lepsze wyniki czynnościowe, niż leczenie operacyjne. Przykurczenia leczyć należy nie gwałtownem rozciągnięciem, lecz stopniowo. Jeżeli wypadnie staw wyciąć, to najlepiej użyć sposobu Königa. *Klęsk.*

Landwehr. **Wyniki lecznicze w złamaniach rzepki.** (*Münch. med. Wochs.* 1907 Nr 14). Zestawienie wyników lecz-

niczych w złamaniach rzepki doprowadza autora do następujących wniosków: Zrośnięcie się włókniste nie jest po złamaniu rzepki wynikiem złym, bo przytem bywa czynność zupełnie dobra. Leczenie zachowawcze nie daje wcale gorszych wyników, niż operacyjne, a nie naraża na powikłania, jak ono. Do podobnych wyników doszli Ranzi i Lewisohn, który nawet twierdzi, że zachowawcze leczenie daje 50%, a operacyjne 25% wyleczeń. *Klęsk.*

Rauenbusch. **Wdmuchiwanie tlenu do stawu kolanowego** (*Berlin. klin. Wochs.* 1907, Nr. 13). Robinsohn i Werndorf polecili wdmuchiwanie tlenu do stawów w celach rozpoznawczych. Przy stosowaniu tego sposobu przekonał się jednak autor, że ma on także lecznicze działanie, zwłaszcza w przypadkach zniekształtniającego zapalenia stawu. Wdmuchiwań należy wykonać 5—10 w przeciągu kilku miesięcy. Dobre wyniki osiąga się także w lekkich przypadkach gruźlicy z wysiękiem. Po 2—3 wdmuchiwaniach znikają bóle, wysięk przestaje się gromadzić i następuje wybitna poprawa. Wysięk należy oczywiście przed wdmuchiwaniem usunąć. Już po dwóch dniach nie można tlenu wykryć w stawie. Po wdmuchnięciu uczuwają chorzy przez pewien czas bolesne napięcie. Obecne przyrządy nie dozwalają jeszcze dokładnie obliczać ilości wpędzonego tlenu. Wyników ostatecznych podać jeszcze dokładnie nie można. Jakobsohn na odbytym niedawno zjeździe rentgenologów w Berlinie przytoczył przypadek nagłej śmierci u chorego na serce zaraz po wdmuchnięciu czystego tlenu do stawu kolanowego. (*Przyp. sprawozd).* *Klęsk.*

Bade. **Przyczynek do patologii i terapii wrodzonego braku kości piszczelowej.** (*Zeit. f. ort. Chir. T. XVI, z. 1 i 2*) Częściowy lub zupełny brak kości piszczelowej jest stosunkowo rzadki. B. zestawił 55 spostrzeżeń, do których dodaje jedno własne u dziewczynki 5½. letniej. Oprócz stopy szpotawej lewej, był częściowy brak kości piszczelowej prawej, przy silnem szpotawo-końskiem ułożeniu stopy. Noga w kolanie silnie zgięta. Rzepka przesunięta ku górze, z kości piszczelowej istniał krótki kawałek w górnej części, sterczący ku wewnątrz od goleni, z powierzchnią stawową dobrze ustawioną w stosunku do kości udowej. Kość strzałkowa zwichnięta w stawie kolanowym na zewnątrz i ku górze. Zabiegi, wykonywane przy tem zniekształtnieniu, nie uwzględniały szczątkowej kości piszczelowej. B., korzystając z prawie prawidłowych stosunków stawu kolanowego, odpiłował odpowiednie końce kości strzałkowej i piszczelowej i wszczepił kość strzałkową w kikut kości piszczelowej. Wynik czynnościowy był doskonały. Dla poprawy ułożenia stopy po odprowadzeniu stopniowem i ustaleniu w opatrunku gipsowym, zastosował odpowiedni przyrząd, utrzymujący ją w ułożeniu prawidłowem. Na stopie zaś szpotawej nogi lewej dokonał z dobrym skutkiem klinowego wycięcia z kostki zewnętrznej i liniowego cięcia kości piszczelowej. *Kasprzyk.*

Prof. F. Franke. **W sprawie leczenia wrodzonego braku kości strzałkowej.** (*Zeit. f. orth. Chir.* T. XVI. Z. 2). Zabiegi, stosowane dotychczas przy zupełnym lub częściowym braku kości strzałkowej, jak: przecięcie ścięgna Achillesa, gwałtowne odprowadzenie stopy, wypiłowanie stawu skokowego, wszczepianie kości skokowej w widełkowato rozszczepioną kość piszczelową, dawały niedostateczne i nietrwałe wyniki; nie usuwały bowiem skrócenia goleni i nie zapobiegały trwałe skłonności stopy do ustawiania się po pewnym czasie w położenie koszlawe. Dlatego F. chwycił sie zabiegu, polegającego na wytworzeniu stopy końskiej, na wzór sposobu Wladimirow-Mikulicza. Po odsłonięciu stawu skokowego cięciem łukowem od strony zewnętrznej, przecięciu więzadeł i ścięgien mięśni strzałkowych i głębokich zginaczy sposobem Bayera, odpiłował cienką blaszkę z dolnego końca kości piszczelowej, następnie po odcięciu tylnej części kości piętowej skośnie ku tyłowi i dołowi, i dostosowaniu powierzchni przepiłowania, umocował stopę w tem ułożeniu stalowym gwoździem i założył gips. Po kilku miesiącach powstał silny i trwały zrost kości, a sprawność kończyny była daleko lepsza, niż po innych zabiegach. Sposób ten jest wskazany szczególnie w tych przypadkach, w których przy chodzeniu występują ciężkie zaburzenia, nie dające się usunąć znanymi lekkimi przyrządami. W każdym jednak razie nie radzi F. stosować tego zabiegu przed 10-tym rokiem życia, a to z obawy jeszcze większego skrócenia wskutek zaburzeń we wzroście piszczeli. *Kasprzyk.*

Wilms. **Szczególny rodzaj bólów goleni i stopy.** *Lymphangitis rheumatica chronica. (Beitr. z. klin Chir.* T. 50, z. 2). Cierpienie to pojawia się najczęściej u kobiet skłonnych do cierpień gośćcowych, a cechuje się bolami stopy i jej stawów bez objawów przedmiotowych. To też często bywa rozpoznawane jako stopa płaska lub żylaki. Rozpoznanie ułatwia wykazanie punktów bolesnych przy przejściu kanału Huntera i wzdłuż tętnicy piszczelowej tylnej zwykle na obydwóch kończynach. W rozpoznaniu różniczkowem dosyć łatwo jest wyłączyć zapalenie mięśni, w którem sam mięsień przy ucisku jest bolesny, a nie przestrzenie międzymięśniowe, trudniej atoli zapalenie pochewek mięśniowych, zwłaszcza m. piszczelowego tylnego, żylaki, w końcu gośćcowe zapalenie nerwu. W pomoc może tutaj tylko przyjść całość obrazu chorobowego. Cierpienie to jest bardzo uporczywe; najlepsze jeszcze wyniki daje stosowanie ciepła przy zupełnym spokoju kończyny. *Kasprzyk.*

Klemperer. **Kiedy powinno się operować przy zgorzeli cukrzycej?** (*Therap. d. Gegenw.* 1907, Z. 1). Zgorzel nie roszerza się zwykle w tych przypadkach, w których próba z chlorkiem żelaza wypada ujemnie i w których po usunięciu węglowodanów z pokarmów cukier z moczu znika. Sprawa odgranicza się wtedy szybko, a zastoina sposobem Biera przyspiesza przytem oddzielenie. Natomiast w razie cięższych zmian należy nie zwlekać z wysoką amputacyą. *Klęsk.*

Röpke. **Czynne przekrwienie w leczeniu zgorzelin kończyn na tle miażdżycy tętnic.** (*Münch. med. Wochs.*, 1907, Nr 14). Na mocy swego doświadczenia poleca R. gorąco stosować w celach leczniczych i rozpoznawczych w zgorzeli na tle miażdżycy tętnic przekrwienie czynne w postaci gorących miejscowych kąpieli. Wyraźnie wtedy widać granicę, gdzie kończą się prawidłowe tętnicze naczynia; kąpiele te działają przytem leczniczo, a nieraz wraca po nich tętno w zaczopowanych dawniej naczyniach. *Klęsk.*

Stich, Makkas, Dowman. **Chirurgia naczyń krwionośnych.** (*Beitr. z. klin. Chir.* T. 53. Z. 1). Doświadczenia autorów na zwierzętach przemawiają na korzyść stosowania szwu i to nawet mniejszych naczyń. Prócz zeszywania przeciętych naczyń zupełnie wykonalną rzeczą jest wszywanie (pomiędzy zbyt krótkie kikuty) kawałków tętnic z tego samego osobnika lub z innego osobnika tego samego gatunku. Wszywać można także kawałki żył do tętnic. *Klęsk.*

Tavel. **Sztuczne zakrzepy w żylakach.** (*Berl. klin. Wochs.* Nr 7, 1907). Autor po podwiązaniu głównego pnia żylnego wstrzykuje w żylaki 5% karbolu celem wywołania zakrzepu, który potem organizuje się, a żylak zarasta. Wstrzykiwania nie są bardzo bolesne. *Klęsk.*

Franck. **Leczenie krwawnic wstrzykiwaniami karbol-wyskoku z pomocą tymczasowego podwiązania drutem.** (*Deutsch. med. Wochs.* Nr 8, 1907). Sposób podany przez autora dozwala łatwo leczyć krwawnice nawet lekarzowi praktycznemu. Po przeczyszczeniu chorego i przygotowaniu do operacyi znieczula się odbyt podskórnemi wstrzykiwaniami 1% stowainy lub płynu Schleicha. W strzykawce Pravatza przygotowuje się 50% roczyn karbol-wyskoku. Okolicę odbytu smaruje się borwaseliną. Guzy krwawnicze chwyta się w pętlę drucianą polipową, zaciskając doprowadzające naczynia, i wstrzykuje się do każdego guzka $^1/_5$—$^1/_3$ strzykawki. Po wstrzyknięciu guzek bieleje i twardnieje. Wtedy można zdjąć pętlę. Miejsce operowane zasypuje się dermatolem, a do odbytnicy wkłada się kawałek gazy dermatolowej. 3—4. dnia olej rycynowy; od 4—6. dnia chory może zwolna wstawać. Zwykle 7—8. dnia guzki odpadają i wtedy stosuje się maści. Przeciwwskazaniem tego sposobu operowania są szczeliny odbytu. *Klęsk.*

Dermatologia.

H. Vörner. **W sprawie leczenia liszaja płaskiego** (*lichen ruber planus*). (*Arch. f. Derm. u. Syph.* grudzień, 1906). V. podaje, że doprowadzał do zupełnego wyleczenia tej choroby w przypadkach, w których arszenik wewnętrznie podany już nie skutkował, sprawa chorobowa zaś była usadowioną na kończynach dolnych. Sposób leczenia polegał na zakładaniu opatrunków uciskowych, z równoczesnem niekiedy zastosowaniem ½ prc. maści arszenikowej. Działa tu nie ochranianie skóry, lecz zniesienie ucisku śródżylnego, podobnie jak w łuszczycy i kilakach. *Dr T. Włyński.*

Scherber. **O chorobach przyrody krętkowej.** (*Derm. Zeitschr.* 1907, Z. 2). Najnowsze badania stwierdziły, że pewne odmiany krętków są przyczyną znacznej liczby chorób (m. i. według S. zapalenia żołędzi, tak powierzchownego, jak i wrzodziejącego). W jamie ustnej znajdują się zawsze krętki, nawet w warunkach prawidłowych w kamieniu zębowym i w zatokach migdałków. W chorobach jamy ustnej, zapaleniu dziąseł i okostnej, jak również przy ropniach okostnych liczba krętków znacznie wzrasta; zmieniają one tu swą rolę z biernej pasorzytnej na

czynną, gdyż im obok innych drobnoustrojów przypisać należy znaczenie przyczynowe w tych chorobach. Z chorób ogólnych, wywoływanych przez krętki, wymienia S. obok kiły, dur powrotny, framboczyę i dur krajów gorących. Przy opisie licznych sposobów badania krętka bladego zwraca S. uwagę na podany przez Siedentopfa i Zsigmodyego ultramikroskop, który znakomicie nadaje się do badania krętków w świeżych wydzielinach i sokach tkanek. *Stopczański.*

Hesse. **Objawy zatrucia po zastosowaniu pasty cynkowo-siarczanej.** (*Dermat. Zeitschr.* Z. 2. 1907). Przypadek autora dotyczy dwumiesięcznego dziecka, dotkniętego wypryskiem wilgotnym głowy i obu kończyn górnych, u którego po zastosowaniu pasty cynkowo-siarczanej wystąpiły zaburzenia w postaci biegunki i gorączki. Jak długo wyprysk leczono tą pastą, tak długo występowały te objawy przy nieznacznem ustępowaniu choroby skóry. Że zaburzenia te wywoływało uboczne działanie siarki, tego dowodzi znikanie objawów przy usunięciu pasty cynkowo-siarczanej, a stosowaniu czysto cynkowej. Ciekawem w tym przypadku jest zjawisko, przez innych w podobnych przypadkach niespostrzegane, że siarka mimo szkodliwego działania ogólnego, działała miejscowo na wyprysk skutecznie. Nie ulega jednak, zdaniem autora, wątpliwości, że dłuższe stosowanie siarki mogło wywołać śmierć wskutek ogólnego zatrucia. *Stopczański.*

Sprecher. **Dwa przypadki zaszczepienia się toczenia.** (*Archiv f. Derm. u. Syph.*, styczeń, 1907). Według autora toczeń najczęściej zaszczepia się przez styczność (*per contiguitatem*), a rzadziej na drodze przerzutu lub wprost od zewnątrz. Zaszczepienie się wprost od zewnątrz spostrzegał S. u 2 chorych. W jednym przypadku u mężczyzny w średnim wieku, zdrowego zresztą zupełnie i ze zdrowej rodziny pochodzącego, w miejscu blizny, powstałej ze stłuczenia kolana, rozwinęły się typowe guzki tocznia. Drugi przypadek dotyczył kobiety, u której wytworzył się toczeń na policzku w miejscu zadrapania przez dziecko, jej pieczy powierzone. Kobieta ta była także zupełnie zdrową, a w rodzinie jej nigdy gruźlicy nie było. Rozpoznanie potwierdziło szczepienie na morskiej śwince. *Dr T. Wływski.*

Kienböck. **Działanie lecznicze promieni Roentgena w chorobach włosów.** (*Archiv f. Derm. u. Syph.*, styczeń, 1907). Autor odradza leczenia promieniami Roentgena nadmiernego porostu włosów (*hypertrichosis*), a to ze względu na zmiany następowe, polegające na zaniku skóry z rozszerzeniem naczyń. Zmiana ta występuje w 67 prc. w ten sposób leczonych przypadków, z czego wynika, że tej metody można tylko wtedy próbować, gdy chodzi o gęsty, ciemny zarost w nieodpowiednem, a widocznem miejscu. Podobnie ma się rzecz i z wyłysieniem plackowatem (*alopecia areata*), gdzie promienie Roentgena mają znaczenie lecznicze tylko w okresie ustępowania choroby. Prawdziwa ich wartość okazuje się w leczeniu woszczyn (*favus*). Autor radzi używać tutaj zawsze rur średniomiękkich, z odległości 16—20 ctm., 6—10 X (=3—4H). Po 10 dniach występuje w miejscach, grzybkiem zajętych, zapalenie skóry i powierzchowne przeczosy, a w miejscach zdrowych włosy wypadają. Po 6 tygodniach następuje porost w miejscach zdrowych, w innych często pokazują się nieliczne włosy, a grzybek zostaje usunięty i to drogą mechaniczną przez wypadanie włosów, a nie przez bakteryobójcze działanie promieni Roentgena. Nawet po 1½-godzinnem naświetlaniu nie spostrzegał autor nigdy objawów mózgowych, a wyjątkowo tylko gorączkę, polegającą, jak się zdaje, na wessaniu wytworów rozpadu tkanki naświetlonej. *T. Wływski.*

Okulistyka.

Meyerhof. **Stała obecność zarazków w worku spojówkowym i jej znaczenie dla zapaleń spojówek, występujących nagminnie w Egipcie.** (*Ann. d'ocul.* 1906, Nr 11). Według bakteryologicznych badań M. zależą ostre zapalenia spojówki, wybuchające nagminnie w dolinie Nilu w miesiącach letnich, głównie bądźto od prątków Koch-Weeksa, bądź też od dwoinek Neissera. Drobnoustroje te można znaleźć w worku spojówkowym i w zimie, jednak bez objawów zapalnych. Dopiero w czasie upałów nabierają one własności chorobotwórczych i dają powód do ostrych zaraźliwych spraw zapalnych, udzielających się z człowieka na człowieka przez zetknięcie, zapomocą palców, za pośrednictwem przedmiotów codziennego użytku, a także za pośrednictwem much. Epidemie, wywołane przez prątki Koch-Weeksa są groźniejsze i zajmują rozleglejsze przestrzenie, niż nagminne wiewiórowe zapalenie spojówki, pojawiające się w mniejszych rozmiarach corocznie zwykle w czerwcu. Podwójne prątki Moraxa znalazł M. mniejwięcej w połowie przypadków mniej świeżych lub dawnych zmian jagliczych, a prawie we wszystkich przypadkach *trichiasis*. Zakażenie zatem prątkiem tym jest w Egipcie bardzo pospolite i ma charakter nagminny i przewlekły. *K. W. Majewski.*

Moreau i Grandclément. **Kilka przypadków szkodliwego działania protargolu.** (*Rev. gén. d'opht.* 1906, Nr 12). U trojga dzieci z lekkim śluzoropotokiem spojówek nastąpiło po zastosowaniu 50 prc. protargolu znaczne pogorszenie i powstały owrzodzenia rogówki. Aby wyświetlić, o ile tu winien protargol, wykonali M. i G. na królikach szereg doświadczeń, z których wnoszą, że protargol w rozczynach silniejszych (50 prc.) nie jest obojętny dla rogówki nawet wtedy, gdy jest wedle przepisu, t. j. na zimno rozpuszczony i świeżo przygotowany. Dlatego to w śluzoropotoku u noworodków zalecają oni używać protargolu co najwyżej 30 prc., który napewno nie zagraża rogówce żadnem niebezpieczeństwem. *K. W. Majewski.*

Sulzer. **Leczenie zaćmień rogówki zapomocą czynników fizycznych.** (*Ann. d'ocul.* 1906, Nr 11). S. stosuje elektrolizę, używając prądu 110 wolt i kładąc elektrodę dodatnią na karku, a ujemną (drucik srebrny, zakończoną małą główką), wprost na plamki rogówkowe. W miąższu rogówki w miejscu dotknięcia powstają pęcherzyki gazowe, które wprost podnoszą powierzchowne plamki, nabłonek częściowo się złuszcza i zaćmienie nieco się wyjaśnia. Drugim sposopem jest fototerapia. Za źródło światła używa autor lampy łukowej Brocka-Chatina. Światło obfitujące w promienie krótkofaliste ześrodkowuje się zapomocą soczewki na rogówce oka, zwęziwszy poprzednio źrenice zapomocą ezeryny, co ma zapobiegać olśnieniu siatkówki. Naświetla się 20—30 sekund. Wyniki optyczne fototerapii są o wiele lepsze od wyników elektrolizy. Najlepiej jednak łączyć te oba sposoby. U chorych wrażliwych używa S. zamiast fototerapii naświetlania radem, nie wywołującego żadnego silniejszego odczynu, a skutecznością dorównywającego fiołkowym promieniom lampy Brocka-Chatina. *K. W. Majewski.*

Łuniewski. **Zranienie rogówki żądłem pszczoły.** (*Postęp okul.* 1906, Nr 6 i 7). W rzadkim tym przypadku żądło utkwiło prawie w samym środku rogówki i wywołało tarczowate zaćmienie szare, wielkości główki od szpilki, otoczone w odstępie 1 mm. pierścieniem zmętniałego i lekko obrzmiałego nabłonka rogówkowego. Odłamany koniec żądła widać było w środku zaćmienia, jako mały brunatny punkcik. Ł. wykruszył je dłutkiem do ciał obcych. Przy odpowiedniem leczeniu sprawa wygoiła się z pozostawieniem małej plamki. *K. W. Majewski.*

Prof. Wicherkiewicz. **Obrażenie rogówki piorunem i kilka uwag nad leczeniem powierzchownych obrażeń rogówkowych.** (*Postęp okul.* 1906, Nr 6 i 7). Pewien pastor, rażony piorunem, stracił przytomność, a odzyskawszy ją, uczuł ucisk w czaszce, osłabienie kończyn, ciężkość powiek i warg, prócz tego dolegliwości oczne. Wszystko to jednak wkrótce ustąpiło, z wyjątkiem zapalenia oka, z powodu którego chory zgłosił się do autora. Badanie stwierdziło delikatne zmętnienie górnej połowy rogówki, zależne od licznych drobnych ubytków. Odpowiednie leczenie w krótkim czasie usunęło tak tę zmianę rogówkową, jak i bardzo znaczne dolegliwości podmiotowe. Powierzchowne obrażenie rogówki mogło być tu wywołane przez chemiczne działanie promieni pozafiołkowych, wytworzonych przez iskrę piorunu; wywołały one spalenie nabłonka i powstanie ubytków, oraz uszkodzenie zakończeń nerwów czuciowych, co stało się przyczyną bardzo znacznych bolów. Do spostrzeżenia tego nawiązuje W. uwagi o leczeniu powierzchownych zmian na rogówce. *K. W. Majewski.*

Polack. **Zachowanie się fizyologicznych czynności siatkówki w przypadku wrodzonego niedowidzenia.** (*Rev. gén. d'opht.* 1906, Nr 12). W przypadku wrodzonego niedowidzenia na jednem oku u pewnej artystki malarki, umiejącej przy różnych podmiotowych sposobach badania robić ściślejsze spostrzeżenia, przeprowadził P. ścisłe badanie bystrości wzroku naośnej, bystrości coraz to bardziej obwodowych części siatkówki, dalej pola widzenia, poczucia barw, pobudliwości świetlnej, powidoków dodatnich i ujemnych, plamy Mariottea i plamy Maxwella, a wreszcie widzenia obuocznego. Oko z niedowidzeniem wrodzonem we wszystkich tych kierunkach nie różniło się wcale od oka zdrowego, z wyjątkiem tylko znacznego upośledzenia ($^1/_{40}$) bystrości wzroku naośnej. Mimo tak znacznej różnicy w sile wzroku, istniało jednak prawie zupełnie dobre widzenie obuoczne. Najwidoczniej zmiana wrodzona, która to upośledzenie wywołuje, musi się ograniczać do wrażliwych składników plamki żółtej. *K. W. Majewski.*

W sprawie szpitalnictwa galicyjskiego.

III.

Braki i potrzeby.

Zestawił **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

(Ciąg dalszy.)

Przy najdzielniejszych jednak i najbardziej przez publiczną kontrolę [1]) do pracy zachęcanych kierownikach smutna przyszłość czeka nasze szpitale, jeżeli nie będą rozporządzały dostateczną liczbą sił lekarskich. I nietylko pomocniczych. Dzisiaj, gwoli oszczędności, oddziały szpitalne są ogromne, a szpitale, liczące ponad 100 łóżek i stale w dwójnasób przeludnione, dźwiga na swych barkach nieraz jeden człowiek. Już przed 5 laty podnoszono [2]), że podzielenie materyału na mniejsze grupy, po 40—30 chorych zamiast 120, 140 lub nawet 180 i oddanie każdej takiej grupy osobnemu samodzielnemu kierownikowi przyniosłoby pod każdym względem ogromne korzyści. »Prymaryaty w szpitalach lwowskim i krakowskim nie mogą w naszych warunkach za nic innego być uważane, jak za posterunki naukowe« [3]), a ci »prymaryusze obecnie są tak obarczeni, że o naukowej pracy w tych warunkach myśleć nie można absolutnie«. Szlachetna emulacya kierowników takich równorzędnych mniejszych oddziałów podniecałaby ich do tem usilniejszej pracy, a chorzy i przez to i dzięki mniejszej liczbie byliby lepiej obsłużeni.

Koszta... Koszta, przynajmniej w miastach uniwersyteckich, mogłyby z początku (prócz jednorazowych odpowiednich adaptacyi) nie być żadne. Wszak w obu stołecznych szpitalach dziecięcych istnieją prymaryaty »honorowe«, a nietylko nie brak na nie nigdy, i to świetnych, kandydatów, ale nawet staczali oni między sobą nieraz iście homeryckie walki o te stanowiska. We Lwowie dwa wielkie ambulatorya prowadzi bezinteresownie dwóch dzielnych specyalistów, w Przemyślu dwa wielkie oddziały młody specyalista, któremu, nawiasem mówiąc, Wydział krajowy nawet za opłacane przez niego z własnej kieszeni jazdy fiakrem (do odległego znacznie szpitala) do niedawna nic nie zwracał, a czy obecnie zwraca, niewiem [4]). Nie mamy wcale ochoty zachęcać naszych władz autonomicznych do takiego wyzysku bezpłatnej pracy lekarzy, jaki się uprawiało przez lat trzydzieści, orząc w szpitalach bezpłatnymi praktykantami. Ale skoro kraj jest już tak biedny, że się tamtego wyzysku nie wstydził, i gdyby nie mógł zdobyć się na kreowanie takich mniejszych, a więc i skromniej opłacanych prymaryatów, to niechby tymczasem choć honorowe prymaryaty dla dobra powszechnego gdzieniegdzie potworzył. Zresztą »honorowy« prymaryusz, toć co innego niż »bezpłatny« praktykant. Drugi — przynajmniej dziś — nie ma żadnego absolutnie ze swej pracy szpitalnej zysku, bo ani mu ona lepszej praktyki prywatnej, ani promocyi na przyszłość, ani moralnych korzyści żadnych nie daje, prócz — przy przeciążeniu nielicznych lekarzy szpitalnych bardzo teraz problematycznej — »możności kształcenia się«. Prymaryusz — ma stanowisko wybitne, co już na klientelę wpływać może, niezależne, a także ma przecież jakieś większe widoki promocyi, czy to doczekania się prymaryatu płatnego, czy w karyerze uniwersyteckiej. Za wszystko zresztą wynagradzała tych »prymaryuszy«, co dotąd wyzyskiwać się dali, możność samodzielnej pracy, własny warsztat naukowy. To i dziś nie jest przesadą, że »każdy młody lekarz jako szczyt marzeń swoich uważa profesurę lub prymaryat w szpitalu; nie marzy on o 20,000 złr. rocznego dochodu, lecz o oddziale szpitalnym, ...powodowany prawdziwą chęcią pracowania dla nauki i dla nieszczęśliwych« [5]). Jak na to niedawno w naszem piśmie wskazywano, wyrządza kraj sobie samemu niepowetowaną stratę, pozwalając dla braku samodzielnych warsztatów marnować się całym szeregom młodych, obiecujących sił lekarskich [6]). Nie dając tych warsztatów, nie przygotowuje się tak, jakby można, wyrobionych następców ani na ważniejsze prymaryaty, ani na katedry uniwersyteckie i nie wyzyskuje się olbrzymiej sumy wiedzy i zapału, jaką docenci uniwersyteccy i młodzi specyaliści byliby gotowi nieść nieraz bezinteresownie krajowi w ofierze za... skromny kąt do samodzielnej pracy.

[1]) Nie wchodzę w to, czy i co mogłyby tu zdziałać miejscowe komitety szpitalne, bo dotąd są to tylko ciała czysto administracyjne, złożone przeważnie z laików.

[2]) Spr. ank. z r. 1902, str. 29, głos prof. Glużińskiego.

[3]) Tamże.

[4]) Por. spraw. insp. w r. 1906, str. 9 i 54.

[5]) Tamże str. 21, głos prof. Jordana.

[6]) R. 1906. Nr 28.

W każdym zaś razie za małą jest liczba lekarzy pomocniczych: sekundaryuszy i praktykantów. Liczba, która aż nadto wystarczała, gdy prawie opędzać się trzeba było nawałowi młodych lekarzy do szpitali, żądnych praktycznego zetknięcia sie z większą liczbą chorych i dających się bezpłatnie użyć nawet do prac czysto administracyjnych, któreby powinni byli załatwiać płatni pisarze, jest dziś — przy zmniejszeniu się frekwencyi na wydziałach lekarskich i udostępnieniu przez to studentom większego materyału klinicznego już w czasie studyów — najzupełniej za szczupła. Zresztą i na prowincyi gdzieniegdzie do dziś niema szpital ani jednego lekarza pomocniczego i trudno się dziwić, że tam dopuszczać się musi, by o przyjmowaniu chorych decydowały nieraz, gdy prymaryusz zachoruje lub za chlebem wyjeżdża — Siostry zakonne [1]). Pomnożenia tych stanowisk domagają się sami lekarze pomocniczy, choć nie ich, ale Wydziału krajowego rzeczą było na czas pomyśleć o uzupełnieniu przetrzebionych ochotniczych kadrów stałymi pracownikami. »Utinam falsus sim vates«, ale przy tej strusiej polityce może się szpitalnictwo nasze łacno tego doczekać, co się stało w znacznie od nas hojniejszym i zapobiegliwszym Berlinie, a zagraża ponoś w Wiedniu, że zwłaszcza dla oddziałów obłąkanych (jak teraz gdzieniegdzie na posady okręgowe) lekarzy braknie i kandydatów nie przywabi nawet późniejsze przymusowe przepłacanie posad ponad wszelkie spodziewane granice. Nauczony smutnem doświadczeniem, mądry choć po szkodzie, zaczyna się stan lekarski organizować na wzór robotników, skoro go gorzej od nich traktować poczęto. A gdy przyjdzie stanąć oko w oko z dokonaną już, zwartą i karną organizacyą lekarską, oby nasz Wydział krajowy nie miał twardszego orzecha do zgryzienia, niż Wydział dolno-austryacki.

Zmierzam do tego, co obok pomnożenia liczby lekarzy pomocniczych jest konieczne, i co okupić się dziś da mniejszemi ofiarami, niż później. Płace lekarzy szpitalnych wydatnie podnieść trzeba i to nie zwlekając. Kiedy przed 5 laty nazwano płace, które od r. 1870 prawie nie uległy zmianie, bardzo eufemistycznie »okropnie niewłaściwemi« [2]), czekał jeszcze Wydział krajowy spokojnie, aż się doczekał... ciągłego wrzenia w szpitalach, które prędzej czy później skończyć się może fatalnie, ze szkodą dla chorych, krzywdą dla kraju i bardzo smutnem oświetleniem jednej ze stron w opinii ogółu i w kraju i zagranicą. A nie będą tą stroną lekarze... Wszystko to, co już zrobiono, — pod naciskiem [3]), — to zaledwo pół kroku, tam, gdzieby trzeba przeskoczyć głębinę, wyżłobioną przez kilkodziesięcioletnie zaniedbania i przez gwałtowne pogorszenie się stosunków ekonomicznych w latach ostatnich. Najnieprzychylniejszy nawet dla lekarzy sąd musiałby uznać ich żądania za stojące poniżej »minimum«. Adjuta po 600 (sześćset) koron rocznie dla ludzi z uniwersyteckiem wykształceniem, po studyach dłuższych, kosztowniejszych i trudniejszych, niż jakiekolwiek inne, za pracę nie mniejszą i zgoła nie łatwiejszą, niż w sądzie, starostwie, czy szkole, a o tyle odpowiedzialniejszą i szarpiącą układ nerwowy, nie dającą zaś żadnego zabezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy, ani możności utrzymania się z ubocznego zarobku! Oto jedno z »żądań« naszych lekarzy pomocniczych. Doprawdy, że chyba słuszność leży w twierdzeniu, iż lekarze sami sobie winni, bo żądają zbyt skromnie. »Pracownicy zwykle więcej żądają, niż chcą osiągnąć, aby po okrojeniu ich żądań pozostała im dostateczna korzyść. Lekarze nie chcą naśladować tej metody i formułują żądania minimalne. Wydział krajowy zaś traktuje żądania lekarza tak, jak zwykle pracodawcy traktują żądania pracowników, t. j. stara się coś ująć. Wydział krajowy nie wie o tem, że lekarze niczego ze swych żądań opuścić nie mogą, gdyż z góry ograniczyli się do najskromniejszych wymogów« [4]). Czyżby istotnie nie wiedział? Nie chcemy wierzyć temu zarzutowi niewiadomości, gorszemu bodaj, niż zarzut niechęci.

(C. d. n.)

[1]) Okólnik W. kraj L. 90,518 906 — por. »Przegląd lek.« 1906, str. 742; spr. Insp. w r. 1906 passim.

[2]) Spr. z ank. z r. 1902. str. 21

[3]) Już po wydrukowaniu tych ustępów w broszurze, rozesłanej członkom Sejmu, uchwalił Sejm pomnożenie posad i polepszenie płac w szpitalu krakowskim i lwowskim, znacznie większe, niż wnosił pierwotnie Wydział krajowy (Spr. L. 114,606/905), ale nie dochodzące nawet tych skromnych granic, jakie zakreślili w swych żądaniach lekarze tych szpitali. Stąd też i te ustępy broszury nie straciły jeszcze podstawy *(Przyp. w korekcie).*

[4]) Głos lek. 1907, Nr. 4, str. 1.

Sprawozdania c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1903, oraz 1901/2.

Streścił **prof. dr Stanisław Ciechanowski.**

(Ciąg dalszy.)

Dur osutkowy zabrał według wykazów o ruchu ludności w r. 1901 304 ofiar, w r. 1902 336, w r. 1903 421; według zaś statystyki lekarzy urzędowych: 206 w r. 1901, a 408 w r. 1903. Porównując wynik obu statystyk z wynikiem w latach dawniejszych, stwierdza Rada Zdrowia, że wykazy parafialne podają w tej rubryce coraz dokładniejsze cyfry. Niemniej pomimo pozornej prawie zupełnej zgodności danych z r. 1903, nie należy się łudzić, że poprawa jest tu już wystarczającą; w poszczególnych bowiem powiatach zachodzą znaczne różnice między obiema statystykami, »bo c. k. lekarze powiatowi nie zadali sobie trudu sprostowania niezgodnych wykazów« (n. p. w powiatach jaworowskim, horodeńskim, kołomyjskim). W ostatnich trzech latach nie było wcale duru plamistego w 9 powiatach w zachodniej części kraju; najwięcej zakażonych miejscowości jest stale w powiatach wschodnich. Sprawozdania podają szczegółowe tablice, objaśniające chorobowość i śmiertelność w poszczególnych powiatach, jak również dokładny obraz danych epidemiologicznych, jakie zdołano uzyskać. W roku 1902 na 207 gmin zakażonych zdołano w 62·3%, a w r. 1903 na 317 gmin zakażonych w 57·7% wykryć źródła i sposoby zakażenia. Najczęstszem źródłem zarazy bywało odwiedzanie chorych, potem zawleczenie przez żebraków, włóczęgów, domokrążców, robotników szukających pracy, przemytników (z Rosyi), przewiezienie chorych, rzadziej przez zakażoną odzież. W r. 1901 mógł raz stać się źródłem zarazy areszt sądowy (w Budzanowie), gdzie zaszedł jeden przypadek duru plamistego, lecz epidemii udało się zapobiedz. Natomiast w r. 1903 stał się areszt w Szczercu istotnie źródłem zakażenia 3 gmin sąsiednich (jak podaje sprawozdanie w rozdziale 8, str. 137). W r. 1902 stwierdzono też raz zawleczenie z odpustu (w Kalwaryi). Mnogie razy przewleczono dur z Węgier, Rumunii, a przedewszystkiem z Rosyi. Jak to sąsiedztwo z powodu opłakanych niedostatków służby sanitarnej w Rosyi naraża ciągle na epidemie duru plamistego szczególnie ruską część Galicyi (sucha granica), tak znów zwalczanie epidemii utrudniają na Rusi galicyjskiej ogromnie nędza i ciemnota ludu. Niezmiernie często ludność zataja chorobę i do walki można się zabrać dopiero wtedy, gdy epidemia groźnie już się rozszerzyła; zdarzają się przypadki biernego oporu ludności wobec zarządzeń władz, a przytem i złośliwość: »ja chorowałem, niech i drugi choruje« (Spr. z r. 1903, str. 30). Z pracujących w tak trudnych warunkach lekarzy padają co roku ofiarą swego poświęcenia najdzielniejsze jednostki. I ostatnie lata nie były pod tym względem lepsze.

Z duru brzusznego zmarło w r. 1901 0·44‰ ludności, w r. 1902 — najpomyślniejszym pod tym względem od czasu wprowadzenia statystyki sanitarnej — tylko 0·34, (2522 osób), w r. 1903 tylko nieco więcej (2686 osób). Rada Zdrowia stwierdza, że obniżanie się śmiertelności z duru brzusznego w ostatniem dziesięcioleciu nie jest zjawiskiem przypadkowem, lecz że ilość zachorowań i przypadków śmierci stale i stopniowo w całym kraju spada. Niewątpliwie jest to skutkiem coraz lepszego zaopatrzenia w dobrą wodę do picia, tak jak najbardziej panuje dur w tych powiatach i miejscowościach, gdzie dobrej wody brak, gdzie niema studzien, a ludność czerpie wodę do picia z rzeczek, potoków i stawków, w których pierze także swoją bieliznę, pławi bydło i t. d., »Jeżeli się do tego doda, że prawie w żadnej wsi podolskiej niema wychodków i że wskutek tego jest dość sposobności do roznoszenia zarazka tyfusowego, dziwić się tylko należy, że wogóle jeszcze tak mało ludzi choruje tam na tyfus brzuszny« (Spr. 1903, str. 33). We Lwowie i w Krakowie zmniejsza się dur wybitnie od czasu zaprowadzenia wodociągów (np. w ciągu ostatniego roku przed otwarciem wodociągów chorowało na dur osób 406 i 144, w rok po otwarciu 114 i 41). W wielu przypadkach stwierdzono zawleczenie duru nawet z odległych okolic (z Rosyi, Węgier, Rumunii, Bukowiny, Prus i t. d.).

I co do czerwonki był rok 1902 najpomyślniejszym od czasu wprowadzenia statystyki sanitarnej (1873), gdyż zmarło z tej choroby 778 osób, czyli 0·10‰ ludności; w roku 1901 zmarło 1080 osób, czyli 0·15; rok 1903 był gorszy; zmarło osób 1698. Co roku grasowała czerwonka najsilniej w dwóch ogniskach: jedno z nich stanowi grupa kilku powiatów podgórskich we wschodniej (przedewszystkiem powiat kosowski), druga grupa kilku powiatów podgórskich w zachodniej Galicyi. Corocznie też stwierdzają lekarze urzędowi, że czerwonka najwięcej szerzy się w okolicach, pozbawionych dobrej wody do picia, w miejscowościach, leżących na torfowiskach, czerpiących wodę z potoków i t. p. Zawleczenie czerwonki na dalsze przestrzenie rzadko daje się stwierdzić; stwierdzono zaś kilkakrotnie w tych latach zawleczenie przez rezerwistów, powracających z ćwiczeń wojskowych, przez osoby, wracające z odpustu w Kalwaryi Zebrzydowskiej i t. p. Epidemie rozkrzewiają się corocznie najbujniej w trzecim kwartale, dochodząc do szczytu w sierpniu, a opadając rychło od września. Tylko w r. 1902 wystąpiła czerwonka wyjątkowo najsilniej w październiku.

O ile nam wiadomo, zarządziło Namiestnictwo w r. z. (1906) na większą skalę próby leczenia czerwonki surowicą. Wobec tego, że czerwonka jest jedną z »plag galicyjskich«, należy podnieść z uznaniem te próby, o których wprawdzie Sprawozdania Rady Zdrowia będą mogły podać szczegóły dopiero za lat kilka, ale z których spodziewamy się niezadługo doczekać umyślnego osobnego sprawozdania.

Cholery azyatyckiej nie było w Galicyi od r. 1896.

O śmiertelności z cholery niemowląt nie można nabrać dokładnego wyobrażenia ze statystyki, jaką rozporządza Rada Zdrowia, bo rubryka ta jest w różnych powiatach traktowaną bardzo różnie, nawet przez lekarzy. N. p. w r. 1901 we Lwowie podano w tej rubryce tylko 2 przypadki śmierci, w Krakowie zaś aż 198, w r. 1903 we Lwowie tylko 28, w Krakowie 206.

Cholerę swojską podano jako przyczynę śmierci w latach 1901—1903 u 108, 52 i 77 osób. (C. d. n.)

Kronika historyczna na maj.

Zestawił

Dr Adam Langie.

1. maja 1815 r. użył Laënnec po raz pierwszy wynalezionego przez siebie stetoskopu, wprowadzając nowy sposób do badania fizycznego chorych, który opisał w »Traité de l'auscultation médiate« (1819 r.). René Teofil Hyacent Laënnec, ur. 1781 r. w Quimper, nauki pobierał w Nantes, potem w Paryżu pod Corvisartem, gdzie też 1816 r. został naczelnym lekarzem »szpitala Neckera«. W 1823 r. mianowany profesorem w »Collège de France«, a w rok późniéj profesorem kliniki lekarskiej paryskiej; umarł 1826 r.

8. maja 1794 r. zostaje ścięty na gilotynie w Paryżu Antoni Wawrzyniec Lavoisière, jeden z największych uczonych nowożytnych. Urodzony 26. sierpnia 1743 r. w Paryżu, syn bogatego kupca, otrzymał bardzo staranne wykształcenie, a obdarzony niezwykłemi zdolnościami już jako 25-letni młodzieniec mianowany został 1768 r. członkiem Akademii nauk. W całym szeregu dzieł, przeważnie chemicznych, wykrył błędy swoich poprzedników, okazał, że wszystkie zjawiska chemiczne mają za podstawę przemianę jednych materyi w drugie w myśl własnej zasady »nic się nie stwarza i nic nie ginie w przyrodzie«. Jemu zawdzięczamy teoryę palenia ciał i oddychania, które unieśmiertelniły imię wielkiego uczonego. Przez 14 lat wydaje jedno dzieło po drugiem, wznosząc z niestrudzoną pracą i wielkim nakładem kosztów gmach nowożytnej chemii. Wykrywa skład powietrza, uważanego dotąd za pierwiastek, skład wody, wyjaśnia fakt powiększania się wagi metalów wskutek prażenia, podaje skład kwasu węglowego, wynajduje równania atomowe, reformuje mianownictwo chemiczne, zapoznaje nas z fermentacyą materyi organicznych i t. d. Życie jego, pełne zasług i poświęcenia dla nauki, przecięli przedwcześnie ludzie, w których ręku spoczywała wówczas władza we Francyi. »Jedna chwila starczyła do odcięcia tej głowy, a sto lat nie starczy do wydania podobnej«.

10. maja 1829 r. umiera Tomasz Young, twórca undulacyjnej teoryi światła, teoryi barw, odkrywca astygmatyzmu w oczach ludzkich. Urodzony 13. czerwca 1773 r. w Milverton, studyuje matematykę, optykę, medycynę i wschodnie języki,

osiada potem jako lekarz w Londynie, gdzie zostaje profesorem królewskiego instytutu, poczem od 1811 r. pełni obowiązki lekarza przy szpitalu św. Grzegorza. Jako uczony oryentalista położył też znaczne zasługi około badań egipskich hieroglifów.

14. maja 1796 r. wykonał Jenner pierwsze szczepienie ospy u swego synka. Edward Jenner, urodzony 17. maja 1749 r. w Berkeley, po ukończeniu medycyny w Londynie osiadł w rodzinnem swem miejscu jako chirurg i tu od r. 1775 zaczął badać srożącą się wśród bydła ospę, a spostrzegłszy fakt, na który miała mu zwrócić uwagę wiejska dziewczyna, że ospa krowia chroni od zarażenia się ospą ludzką, przedsiębierze szereg doświadczeń i ogłasza swoje nieśmiertelne odkrycie w broszurze p. t. »An inquiry into the causes and effects of the cow-pox, or variolae vaccinae« (Londyn 1798 r.). Sława nowego odkrycia rozeszła się szybko po świecie i wyniosła Jennera na godność prezydenta założonego na jego cześć »Royal Jennerian Society«. Umarł 26. stycznia 1823 r.

15. maja 1847 r. odkrywa Ignacy Filip Semmelweis przyczynę gorączki połogowej w zakażeniu przez macicę, a teorya jego, ogłoszona 1861 r. w epokowem dla położnictwa dziele: »Die Aetiologie, der Begriff und die Prophylaxis des Kindbettfiebers«, sprowadza w położnictwie taki sam zbawienny zwrot, jaki wywołał Lister w chirurgii. Urodzony 1. lipca 1818 r. w Budzie, studyuje w Peszcie i w Wiedniu, gdzie od 1846 r. był asystentem kliniki położniczej. Pierwsze jego rozprawy o przyczynie gorączki połogowej wywołały gwałtowną opozycyę tak, że zmuszony był opuścić asystenturę, przeniósł się do Pesztu, gdzie wprawdzie 1855 zostaje profesorem, ale podjazdowa walka jego przeciwników nie ustaje i przyczynia się w końcu do wybuchu choroby umysłowej, która kładzie kres jego życiu 13. sierpnia 1865 r. w zakładzie obłąkanych w Doebling pod Wiedniem. Dopiero po jego śmierci oceniono powszechnie wielką doniosłość jego teoryi, a w 30 lat później, dnia 2. maja 1894 r. odsłonięto w Peszcie podczas VIII. Zjazdu higienicznego jego pomnik i w pochwalnych mowach starano się zatrzeć krzywdę, wyrządzoną mu za życia.

20. maja 1619 r. umiera Girolamo Fabrizio ab Aquapendente, urodzony 1537 r., profesor anatomii w Padwie i głośny chirurg, autor prac o zastawkach żylnych, nauczyciel słynnego Harveya, fundator wspaniałego padewskiego teatru anatomicznego.

26. maja 1569 r. umiera Guido Guidi, zwany także Vidus Vidius, znakomity anatom, odkrywca *Canalis Vidianus*, lekarz nadworny Franciszka I. w Paryżu, potem profesor w Pizie. Dzieło jego, wydane po śmierci autora, dopiero 1611 r., p. t. »Ars medicinalis«, zawiera w III. części, poświęconej anatomii, ciekawe badania nad budową mózgu.

* * *

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galic. przestrzega Kolegów przed obejmowaniem posady lekarza miejskiego w Krystynopolu bez porozumienia się z Izbą.

Bliższe szczegóły, odnoszące się do tej posady, znajdują się w protokole z posiedzenia Wydziału z dnia 6. kwietnia 1907 r. (Sprawozdanie za kwiecień).

Dr Festenburg, Prezydent Izby lekarskiej.

Państwowy Związek organizacyi lek. austr. ostrzega przed przyjmowaniem posady lekarza gminnego w Standing na Śląsku, ponieważ lekarz, który tę posadę porzucił, pozostaje jednak dalej na miejscu, a dwóch lekarzy utrzymaćby się tam nie mogło. Dokładniejszych wiadomości udziela prezes organizacyi śląskiej, dr Swoboda, w Skrochowicach (Śląsk austr.). — Prezes Związku: *Dr Janeczek*.

Państwowy Związek organizacyi lek. austr. wzywa lekarzy, by jaknajliczniej kandydowali na posłów do parlamentu, a o ile nie kandydują sami, by domagali się od kandydatów w zamian za poparcie przy wyborach uwzględnienia postulatów następujących: 1) ordynacya stanowa według przedłożonego już parlamentowi projektu; 2) państwowa ustawa sanitarna; utworzenie ministerstwa sanitarnego; zmiana ustawy o epidemiach w duchu nowoczesnym; uregulowanie stosunków służbowych lekarzy, 3) reforma ubezpieczenia robotniczego, uwzględniająca potrzeby lekarzy. *R.*

Stosunki lekarzy gminnych dolnoaustryackich maluje dosadnie fakt, którego opis nadesłało nam prezydyum Państwowego Związku organizacyi lek. austr. W pewnej gminie w wysokich górach, odciętej od świata prawie przez cały rok, istniała posada lekarza gminnego, dość licho płatna. Lekarz ten miał obowiązek leczyć 1600 mieszkańców na przestrzeni 130 klm.² najgorszego terenu. Znalazł się jednak lekarz, który zdołał tam wytrzymać 4 lata; w końcu jednak, zrujnowawszy zdrowie, musiał posadę wypowiedzieć. Otóż gmina oświadczyła, że z dniem wypowiedzenia (nie z dniem ustąpienia z posady) odbiera mu przydzielone mieszkanie! Następcy zaś jego przyznać chce gmina już tylko część tego mieszkania, zabierając resztę dla pisarza gminnego! Pytanie tylko, czy gmina następcę znajdzie? *R.*

Kasa pogrzebowa Towarzystwa Samopomocy wypłaciła dotąd 11 rodzinom lekarzy 4,124 K jako premie pogrzebowe, (obecnie dosięgające 400 K każda). Działalność kasy pouczyła, jak niezmiernie użyteczną jest ta instytucya i jak była potrzebną. Już kwota 400 K, wypłacana wdowie natychmiast po śmierci męża bez żadnego wezwania z jej strony, stanowi, jak się pokazało, nieocenioną nieraz, bo doraźną pomoc. Gdyby do kasy należeli wszyscy członkowie Samopomocy, to premie pogrzebowe wynosiłyby po 1,400 K; gdyby należeli wszyscy lekarze galicyjscy, to możnaby każdej wdowie zapewnić poważną sumę 2,800 K. Niestety należy dotąd do kasy tylko 200 kolegów. Toteż skarbnik kasy, doc. Braun (Kraków, ul. Dietla 95), zachęca gorąco do przystępowania do kasy, temwięcej, że jedyną opłatą jest $2^1/_2$ K w razie śmierci jakiegoś członka kasy. *R.*

Stan i potrzeby szpitali w Łodzi omawiał dr Sterling w Łódzkim oddziele Towarzystwa hig. (»Zdrowie« 4). Gdy nawet Warszawa, cierpiąca na straszny brak szpitali, ma na 10,000 ludności 39 łóżek, to Łódź ma zaledwo 23,6! Z ogólnej liczby łóżek, 731, jest zaledwo 92 publicznych, reszta w szpitalach prywatnych! Wzorowo urządzony jest jedyny szpital dla dzieci im. Maryi Anny; w innych są mnogie braki zasadnicze, przepełnienie, brak odzieży i bielizny, zamało służby. Wogóle ma Łódź ledwo $^1/_3$ tej liczby ogólnej łóżek, jakiej koniecznie potrzebuje, połowę tej liczby łóżek dla robotników, jaką przepisuje prawo. Natychmiast są potrzebne: przejęcie szpitala Czerwonego Krzyża przez miasto i zwiększenie w nim liczby łóżek ze 1000 na 200, zasiłki od miasta dla szpitala Maryi Anny i żydowskiego, urządzenie we wszystkich szpitalach kamer do odkażania i oddziałów zakaźnych, a przynajmniej jednej wspólnej pracowni szpitalnej, (honorowy) inspektorat szpitalny. W najbliższej przyszłości są potrzebne: budowa 2 szpitali miejskich po 800 łóżek i szpitala robotniczego na 300 łóżek. *R.*

Towarzystwo higieniczne warszawskie ogłosiło właśnie sprawozdanie za r. 1906 (»Zdrowie« 4). Towarzystwo objęło plac w Warszawie, darowany przez miasto, ale na budowę na nim mianowicie, że kankroina nie jest środkiem leczniczym, że przeto zebrać zdołano z dwóch (świetnych artystycznie) widowisk ledwo 523 rbs.; przyjęło darowane przez p. Z. Kurtza 33 morgi gruntu pod budowę zakładu dla alkoholików w Otwocku; poczyniło dalsze kroki celem uzyskania placu pod budowę Muzeum higieny ludu w Częstochowie. Utworzono nowy wydział higieny życia domowego i 2 stałe delegacye: w sprawie zapobiegania ślepocie, oraz badania i zwalczania raka. Delegacye w sprawie reglementacyi prostytucyi i w sprawie potrzeb zdrowia publicznego w projektach samorządu opracowały odpowiednie memoryały. Wydziały Towarzystwa zajmowały się głównie urządzaniem odczytów (wychowawczy urządził 8, biologiczny 5, przeciwalkoholiczny 7, zdrojowisk i przeciwgruźliczy po 2, higieny szpitali i higieny ludowej po 6, higieny domowej 4). Organ Towarzystwa »Zdrowie« wydał na 842 stronach 35 prac oryginalnych, nadto liczne streszczenia, korespondencye i t. d.; szereg zeszytów poświęcono w całości specyalnym działom higieny. — Pomimo niesprzyjających warunków społecznych i politycznych imponującą była działalność prowincyonalnych oddziałów Towarzystwa, których było 6 (Kalisz, Lublin, Łódź, Płock, Przasnysz, Radom). Działalność ta, w przeważnej części skierowana na pole praktyczne, wypełniała drogą samopomocy społecznej po części i te zadania, które gdzieindziej przypadają czynnikom urzędowym; szczególniej rozwijały taką działalność w zakresie policyi sanitarnej sekcye »biologiczne« oddziałów, oprócz których to sekcyi istniały w oddziałach prowincyonalnych sekcye: mleczarskie (»Kropli mleka«), wychowawcze (higiena wieku dziecięcego i higiena szkolna), ludowe, przeciwalkoholiczne, odczytowe. — Instytut higieny dziecięcej im. bar. Lenvala

w Warszawie, zarządzany przez oddzielny komitet Towarzystwa hig., obsłużył w r. 1906 7,504 dzieci, wydał 44,485 kąpieli, 143,445 buteleczek mleka pasteryzowanego dla niemowląt, wykonał 1,221 szczepień krowianki, udzielił 7,504 porad lekarskich (prócz 1,999 dentystycznych) i t. d., kosztem 7,452 rbs. — Instytut im. Raua urządzał dla dzieci: ślizgawkę, zabawy letnie (w 8 ogrodach — 192,876 uczestników wszystkich zabaw, średnio 195 dzieci dziennie w każdym z ogrodów, 1,560 we wszystkich ogrodach), zabawy z posiłkiem, zabawy jesienne, wydawał kąpiele ciepłe i wiślane, uczył pływania i śpiewu; ogółem korzystało ze wszystkich tych urządzeń 355,729 dzieci, a wydano na to wraz z administracyą 11,327 rbs., średnio 3·18 kopiejki na jedną zabawę jednego dziecka. Bilans instytutu Lenvala zamyka się cyfrą 103,322·04 rbs., bilans ogrodów Raua cyfrą 332,692·23 rbs., bilans sanatoryum w Rudce cyfrą 187,068·71 rbs. (na budowę wydano 119,572 rbs.). Towarzystwo liczyło 485 członków rzeczywistych i 191 zwyczajnych. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 14. do 20. kwietnia 1907 doniesiono o 45 nowych przypadkach duru plamistego w 13 gminach, a mianowicie: pow. Horodenka (Dąbki 9, Głuszków 3), Jaworów (Zawadów 2, Nahaczów 5), Mościska (Małnów 2), Nadwórna (Dobrotów 2, Zarzecze 4, Pasieczna 1, Zielona 5, Łanczyn 1), Peczeniżyn (Utoropy 1), Rawa (Biała 9), Zborów (Jarosławice 1) i 1 przypadku nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w m. Krakowie (stwierdzony bakteryol.). *T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 16. do 20. IV. 1907 przypadków: błonicy 1 (w tem obcy 1), krztuśca —, ospy —, płonicy 6 (1 † 1), duru brzusznego 1 († 1). *S.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 16. do 20. IV. 1907 urodziło się dzieci żywo 55, nieżywo 8; zmarło osób 60 (w tem obcych 22), z tych z gruźlicy 16 (8), zapalenia płuc 8 (3). *S.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 14. do 20. IV. 1907 przypadków: błonicy 6 (w tem obcych 3), krztuśca 6 † 1 (3), płonicy 5 † 1 (1), odry 1, duru brzusznego 1, nagminnego zapalenia opon 2 (2), gorączki połogowej 1. *L.*

Epidemia duru powrotnego w Warszawie szerzy się coraz bardziej i staje się groźną, czemu sprzyja zupełny już brak miejsca w szpitalach. Celem jej zwalczania wyznaczono 2 osobnych lekarzy i 5 sanitaryuszy.

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907.

Wystawa zjazdowa zaczyna budzić coraz większe zainteresowanie. Dowodem tego jest poparcie ze strony różnych sfer społeczeństwa. I tak dzięki szczodrobliwości kuratora Muzeum im. Dzieduszyckich ordynata Tadeusza hr. Dzieduszyckiego będzie stanowiło Muzeum to integralną część wystawy w ten sposób, że przez cały czas trwania jej, z wyjątkiem poniedziałków, będzie ono w godzinach przeznaczonych dla zwiedzenia wystawy także otwarte dla zwiedzających. Przytem okazy mające większą wartość dydaktyczną i naukową, zostaną wysunięte na pierwszy plan i oznaczone odmiennymi napisami. Dla tem większego zaś ułatwienia zwiedzenia Muzeum otrzyma każda osoba, kupująca katalog wystawowy na placu wystawy, bezpłatnie przewodnik po Muzeum. Jeśli się uwzględni, z jakim trudem i kosztem połączone będzie takie stałe otwarcie Muzeum dla celów wystawowych, to kuratorowi jego należy się szczera za to wdzięczność.

Firma Antoni Skarżyński i Spka w Buffalo w Ameryce przesłała bezinteresownie na rzecz wystawy kwotę 104 dolarów t. j. około 500 koron, a nadto bierze sama udział, jako wystawca.

Fakty te budzą nadzieję, że podjęte przez komitet organizacyjny dzieło powiedzie się w całej pełni.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 24. IV. b. r. posiedzenie, na którem 1) prof. Kader przedstawił: a) chorego, u którego wykonał wycięcie krtani z powodu raka, a potem z powodu nawrotu rozległą operacyę doszczętną (z wycięciem tętnicy szyjnej wspólnej lewej), b) chorego, u którego z pomyślnym wynikiem operował stopy płaskie (wyjęcie k. łódkowatej prawej, klinowej lewej, tendoplastyka); 2) doc. Horoszkiewicz okazał narzędzia sekcyjne nowego typu (Simmondsa); 3) dr Rapoport wykładał o »Enuresis«. W dyskusyi przemawiali: prof. Ciechanowski, Kader, Rosner i dr Rydel.

— Lica sądowe ze śladami krwi musiały sądy odsyłać do badania zapomocą surowic dotąd z urzędu do Wiednia. Rozporządzenie ministerstwa sprawiedliwości, znoszące tę wyłączność, odnosi się do wszystkich zakładów sądowolekarskich w Austryi; a więc zarówno do zakładu lwowskiego, jak i krakowskiego, będą odtąd odpowiednie sądy przesyłać ślady krwi do badania.

— Według zasięgniętych umyślnie przez nas wiadomości zarządziły władze sanitarne rządowe już przed szeregiem tygodni wszelkie potrzebne środki celem stłumienia epidemii duru brzusznego, panującej w jednej z gmin powiatu krakowskiego, a wspomnianej w Nr 16 »Przeglądu lek.« Toteż w ostatnich tygodniach epidemia ta coraz bardziej się zmniejsza. Ci mieszkańcy gminy, którzy dopuścili się obejścia przepisów, ograniczających stosownie wywóz mleka do Krakowa, będą surowo ukarani. Połączone działanie władz sanitarnych miasta i powiatu usunie niewątpliwie wszelkie niebezpieczeństwo.

— Magistrat krakowski nakazał pod karą nosić suknie kobiece na plantacyach w ten sposób, aby treny nie dotykały ziemi i nie wzniecały pyłu.

— Dyplom doktorski otrzymał p. S. Moskała.

— Pomnik Sebastyana Petrycego, profesora wszechnicy Jagiellońskiej, słynnego lekarza (* 1554 † 1626) ma być wzniesiony w rodzinnem jego mieście, Pilznie (w Galicyi) i odsłonięty 17. lipca b. r.

— Nowy budynek szpitalny w Nowym Sączu oddany został do użytku z początkiem kwietnia.

— Prawie zupełny zbiór roczników »Przeglądu lekarskiego« (od r. 1868 po rok bieżący), z pierwszych kilku lat oprawiony, z dalszych uporządkowany (kompletny), ma jeden ze starszych kolegów na prowincyi bardzo tanio do zbycia. Bliższych szczegółów udzieli chętnie Redakcya »Przeglądu lek.«

Lwów. Krajowa Rada Zdrowia wydała na posiedzeniu w d. 10. IV. b. r. opinię o planach kliniki psychiatryczno-neurologicznej w Krakowie, oświadczając się większością głosów także za utworzeniem w tej klinice miejsc płatnych; nadto rozpatrywała sprawę przepisów sanitarnych przy wywozie i sprzedaży starej odzieży.

— Komitet gospodarczy X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich ogłosił w pismach lwowskich wezwanie do składek na pomnik M. Nenckiego. Datki nadsyłać należy na ręce sekretarza głównego, doc. dra Szulisławskiego (Biuro sanitarne Namiestnictwa). Nadmiar datków oddany będzie Kasie im. Mianowskiego w Warszawie dla uczczenia pamięci Nenckiego w sposób stosowny.

— Dyplom doktorski otrzymały pani Olga Brillowa, żona lekarza, dra M. Brilla i p. Marya Jasinicka.

Warszawa. Na zebraniu Stowarzyszenia lekarzy polskich w d. 19. IV. b. r. zdawali dr Zenczykowski i dr Winiarski sprawę z projektu pomocy lekarskiej dla ludności fabrycznej, opracowanego przez ministerstwo. Dr Winiarski wskazywał, w jakim duchu należałoby projekt zmienić, podkreślając przedewszystkiem, że w zarządzie i organizacyi pomocy lekarskiej powinni mieć udział robotnicy na równi z pracodawcami i że ostateczne rozstrzygnięcie sprawy należałoby pozostawić instytucyom samorządowym.

— Lekarze, którzy uzyskali dyplom na uniwersytetach zagranicznych, będą mogli nostryfikować się w uniwersytetach rosyjskich jedynie za osobnem pozwoleniem ministeryum oświaty.

Z różnych stron. Na pamiątkę 100-letniego jubileuszu »Instytutu operatorów« przy klinikach wiedeńskich, który obchodzono uroczyście w marcu b. r., ukazała się nakładem księgarni Wilhelma Braumüllera w Wiedniu książeczka, obejmująca historyę Instytutu pióra prof. Eiselsberga i Hochenegga, »wspomnienia« prof. Winiwartera, mowy prezesa wied. Towarz. lek. prof. Chrobaka i prof. Aleks. Fraenkla, wreszcie zestawiony przez drdr Richtera i v. Saara spis kierowników, asystentów i wychowanków Instytutu. Książeczkę zdobią portrety lorda Listera, założyciela Instytutu prof. Kerna i podobizna dyplomu »operatora« z r. 1819.

— Sąd handlowy wiedeński po przesłuchaniu prof. Eiselsberga i Neussera, jako znawców, odrzucił skargę b. prof. Adamkiewicza przeciw firmie Mercka o odszkodowanie w kwocie 250,000 Mk. za zerwanie układu o sprzedaż kankroiny. Sąd uznał

firma Mercka nie może być zmuszoną do sprzedawania tego przetworu, ani nie jest zobowiązaną do odszkodowania »wynalazcy«, (który teraz musi ponieść koszta sądowe).

— Dla zebrania funduszu na zwalczanie śmiertelności oseskόw, gruźlicy i t. d., wypuszczono w Niemczech »marki dobroczynności« po 5 fenigów.

— Na wszechnicach rosyjskich nie ustaje ruch młodzieży, wiodący nieraz do zajść czynnych (jak np. niedawno w Akademii lekarskiej w Petersburgu, gdzie młodzież pobiła się między sobą), do bojkotowania wykładów (w Kijowie) i t. d. Petersburską Akademię znowu zamknięto, uniwersytetowi moskiewskiemu zagraża zamknięcie.

Mianowani: anatom prof. Klaatsch z Heidelbergu profesorem etnografii we Wrocławiu; dr G. Fischer profesorem dentystyki w Gryfii; dr Grimbert profesorem chemii fizyol. w Paryżu.

Redakcya otrzymała: R. c. dr. E. Krzyżanowski: Sprawozdanie miejskiego biura sanitarnego w Buczaczu za rok 1906. — R. c. dr A. Zagórski i dr J. Teller: Sprawozdanie miej.kiego biura sanitarnego w Rzeszowie za r. 1906.— Fraenkel: Die Zentenarfeier des Operateur-Institutes d. Wien. med. Fakultät. Wiedeń 1907. Braumüller (2 kor.). — Sędziak: 1) U. b. d. Zusammenhang von Störungen in den oberen Luftwegen mit Krankheiten des Zirkulationsapparates. Odb. »Med. Klin.« 1907. 2) Zaburzenia nosowe, gardlane, krtaniowe i uszne w przebiegu chorób narządów płciowych. Odb. »Gaz. lek.« 1907. — Janowski: 1) Üb. die Interkostalneuralgie besonders vom Standpunkte der Klagen des Kranken aus. Odb. »Ther. d. Gegenw.« 1907. 2) O badaniu zapasowej energii serca zapomocą ucisku na tętnice biodrowe i t. d. Odb. »Czas. lek.« 1907; to samo po niemiecku »Wien. kl. Woch.» 1907. — Steinsberg: Über die Behandlung der Bleichsucht mit heissen Moorbädern. Odb. »Berl. kl. Woch.« 1907.— »Księga Zdrowia«. Przekład polski pod redakcyą dra Wład. Hojnackiego. Lwów 1907. Nakład księgarni polskiej B. Połonieckiego. Tomów 4, około 3500 str. z 432 rycinami w tekście i 124 tablicami kolorowanemi. Cena (w oprawie) 30 kor. — Li Virghi: Sulla etiologia della prostatite cronica e della ipertrofia prostatica. Milano 1907.

Artykuły oryginalne w polskich pismach lekarskich w kwietniu 1907: *Gazeta lekarska Nr 11—14:* Zięciakiewicz: O wpływie nieprawidłowej emisyi na zaburzenia głosowe u śpiewaków i śpiewaczek. Bregman i Steinhaus: Nowotwory przysadki i okolicy przysadkowej (c. d.). Pyrz i Janowski: Polemika. Świątecki: Owrzodzenie jamy ustnej u dzieci o niezwykłych cechach klinicznych. Łuczycki: Przypadek głuchoty histerycznej przy objawach znieczulenia ogólnego. Rydygier: O zwichnięciach w stawie biodrowym. Handelsmann: Przyczynek do działania wstrzykiwań śródżylnych ekstraktów nadnerczy u królików. — *Medycyna Nr 13—16:* Janowski: S. p. B. Dzierżawski. Ettinger: Uwagi nad znaczeniem badania cytoskopowego płynów wysiękowych i przesiękowych. Lassaud i Wertheim: Przypadek ciąży pozamacicznej o przebiegu niezwykłym. Wasserthal: O znaczeniu wiciowców znajdowanych w wypróżnieniach przy achylia gastrica. Gaszyński: Przypadek cięcia cesarskiego. Klamry bezpieczeństwa. Pelveografia. Sterling Wł.: Odpowiedź na artykuł Pechkranza p. t. Krzywica młodzieńcza. Arnstein F.: O leczniczem działaniu wody Kissingen-Rakoczy przy domowem jej użyciu. Pechkranc: Odpowiedź dr Sterlingowi. Leśniowski: O nowoczesnem leczeniu operacyjnem porażeń dziecięcych pochodzenia rdzeniowego. Koral: Dwa przypadki nagłej śmierci u ssawców. Sterling: Jeszcze z powodu t. zw. krzywicy młodzieńczej. — *Kronika lekarska Nr 6—7:* Biehler Matylda: O nowym przetworze odżywczym pod nazwą Albuminoza. Miklaszewski: Kąpiele słoneczno-powietrzne (c. d.). Giedroyć (c. d.). — *Nowiny lekarskie Nr 4:* Gerzabek: O trudnościach rozpoznawczych w przypadkach uwięźniętych przepuklin udowych. Ehrenpreis: Kilka słów o świerzbiączce sromu. — *Tygodnik lekarski Nr 13—16:* Marischler: Nowsze kierunki badania moczu u chorych z zapaleniem nerek. Franke: O niemiarowości ruchów serca na tle skurczów dodatkowych (dok.). Papée: Nadzór lekarski nad prostytucyą. Popielski: Adrenalina i środki podnoszące ciśnienie krwi. Lewicki i Szczepański: Badania nad działaniem »Wody Krościeńskiej«. — *Głos lekarzy Nr 7—8:* Mikołajski: 1) Czy visa reperta podlegają ostemplowaniu? 2) Stosunki zdrowotne Lwowa. — Sprawy sanitarne krajowe. Potrzeba drugiej siły lekarskiej w Wydziale krajowym. — Salpeter M.: Prolegomena do Walnego Zgrom. Tow. lek. galic. Wątorek: W sprawie ubezpieczenia lekarzy. Pacyna: Krytyka projektu dra Wątorka. — Warunki osiedlenia się lekarzy w Brazylii. — *Krytyka lekarska Nr 4:* Rzętkowski: Szkoła a lekarz. Łagowski: W sprawie zniesienia stanu felczerskiego. — *Kronika dentystyczna Nr 4:* Kohn: Przedziurawienie twardego podniebienia, powstałe z przyczyny miejscowej sprawy gruźliczej. Krakowski: O plombach porcelanowych (c. d.). — *Przegląd higieniczny Nr 4:* Ogórek: Zadania obywatelskie kobiet w Polsce wobec klęski alkoholizmu (dok.). Panek: Higiena turysty (dok.). Lewiński: Higiena budowli (dok.). — *Zdrowie Nr 4:* Wernic: Reforma ubrania uczniów szkół średnich. Idzikowski: Szkoła początkowa drogi żel. warsz.-wied. w Zbikowie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we **środę dnia 1. maja o godzinie 6 wieczór** w **Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Doc. Rutkowski: Demonstracye. 2) Prof. Kader: Demonstracye chorych po operacyach w zakresie przewodu pokarmowego. 3) Dr Flis: O potrzebie organizacyi lekarzy.

Po posiedzeniu wspólna wieczerza.